

Artigo de Investigação Médica  
Mestrado Integrado em Medicina

**CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA  
DO CENTRO DE SAÚDE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO**

Marta Maria de Moura Ferreira Queirós

Orientador

Prof. Dr. António Guilherme de Almeida Gonçalves

Co-Orientador

Dra. Diana Moreira

Contacto

Telefone: 911911715

e-mail: martinhaqueiros@hotmail.com

Porto 2011

“Cigarette smoking is probably the most addictive and dependence-producing form of object-specific self-administered gratification known to man.”

(Russell *et al*, 1976)

## **Resumo**

**Introdução:** O consumo de tabaco constitui um dos mais graves problemas de saúde pública da actualidade, sendo a cessação tabágica a via mais efectiva para obter melhorias a curto e médio prazo na morbi-mortalidade associada ao tabagismo..

**Objectivos:** Caracterizar a Consulta de Cessação Tabágica do Centro de Saúde de Vila Nova de Famalicão; descrever e quantificar os processos implementados e as características sócio-demográficas dos utentes; estimar a taxa de êxito e comparar as características de abstinentes e fumadores.

**Metodologia:** Para a realização deste estudo foram colhidos dados dos processos clínicos dos 144 utentes que tiveram a sua primeira consulta nos anos de 2007, 2008 e 2009.

**Resultados:** Os utentes da CCT tinham em média 44,45 anos, eram maioritariamente homens (76,2%), 74,8% eram casados e 77,8% tinham 9 ou menos anos de escolaridade. Em média consumiam 24,23 cigarros por dia, a média de anos de consumo regular era de 27,29 e a idade média do 1º cigarro 14,79. Após a primeira consulta 45,5% dos utentes abandonou o programa e 19,6% fizeram-no nas consultas seguintes. Marcar dia D era preditivo de comparecer à 2ª consulta ( $p < 0,001$ ). A abstinência na 2ª consulta tornava mais provável completar o restante programa ( $p < 0,001$ ). A abstinência após completar as cinco consultas era mais provável se o utente tivesse marcado dia D ( $p = 0,001$ ). Os 78 utentes que compareceram à 2ª consulta obtiveram uma taxa de sucesso de 51,3% aos três meses e de 32,0% ao ano.

**Conclusões:** A Consulta de Cessação Tabágica de Famalicão apresenta bons resultados, devendo ser mantida e apoiada, com estabelecimento de critérios de referenciação de modo a aumentar a adesão ao programa.

**Palavras-chave:** Cessação Tabágica, Caracterização, Tabaco, Motivação.

## **Abstract**

**Introduction:** Cigarette smoking is one of the most serious public health problems of today. Smoking cessation is the most effective way to achieve improvements in morbidity and mortality amongst smokers in both the short and medium term.

**Objectives:** To describe the smoking cessation programme of Vila Nova de Famalicão, in terms of the methodology used; to quantify the success rate of the programme and to describe the socio-demographic characteristics of clients, comparing those who quit smoking and those who continued to smoke.

**Methods:** Clinical files from 143 smokers who had their first consultation between January 2007 and December 2009 were analysed.

**Results:** The average age of clients was 44.5 years, they were mostly men (76.2%), 74.8% were married and 77.8% had nine or less years of education. The average age of starting to smoke was 14.79 years, they smoked an average of 24.23 cigarettes a day over a mean period of 27.29 years. Sixty-five clients (45.5%) dropped out of the program after the first consultation and 19.6% dropped out after the second or subsequent consultations. Having a scheduled “quit day” predicted attendance at the second consultation ( $p < 0.001$ ) and being abstinent at the second consultation predicted compliance to the entire program ( $p < 0.001$ ). Clients were also more likely to have given up smoking by the end of the programme if they had scheduled a “quit day” ( $p = 0.001$ ). Overall, of the 78 clients who attended the 2<sup>nd</sup> consultation, 51.3% were still not smoking three months after completing the programme, and 32% were still not smoking after one year.

**Conclusion:** Famalicão’s smoking cessation programme has achieved good results and should continue to be supported, establishing referral criteria to ensure an even higher success rate.

**Key words:** smoking cessation, epidemiology, tobacco, motivation

## Índice

Introdução .....	1
Material e Métodos .....	3
Resultados .....	5
1. Descrição e quantificação dos processos	5
2. Caracterização dos fumadores	7
2.1. Características sócio-demográficas	7
2.2. Caracterização do hábito tabágico	8
2.3. Dependência da nicotina e motivação	8
2.4. Tentativas de cessação prévias	9
2.5. Outros hábitos	9
2.6. Antecedentes pessoais	9
3. Adesão ao programa e alterações de hábitos tabágicos	10
4. Comparação das características dos grupos de abstinentes e fumadores após completarem o programa de intervenção previsto	13
5. Sucesso da intervenção	15
Discussão .....	16
1. Principais achados	16
2. Validade interna do estudo	16
3. Validade externa e comparação com achados de outros estudos	17
4. Propostas para o futuro	20
Referências .....	21
Agradecimentos .....	24
Anexo 1: Questionário .....	25
Anexo 2: Teste de Fagerstrom .....	26
Anexo 3: Teste de Richmond .....	27

## Introdução

O tabagismo é a principal causa evitável de morte em todo o Mundo <sup>1-5</sup> representando o principal factor de risco para mortalidade prematura na Europa.<sup>6</sup> Cerca de metade dos fumadores morrerão em consequência do tabagismo, perdendo em média 22 anos de vida.<sup>7</sup> Em Portugal 11,7% das mortes são directamente atribuíveis ao consumo de tabaco.<sup>8</sup> Este contribui com cerca de 10,4% para o peso da doença em geral expresso em DALYs (anos de vida ajustados para a incapacidade), estando em 2º lugar nos factores que contribuem para a morbilidade no nosso país.<sup>9</sup>

Um fumador regular é definido como um fumador que consome pelo menos um cigarro por dia.<sup>9</sup> Em 2008 foi estimado que 22% da população portuguesa com mais de 15 anos era fumadora regular <sup>10</sup>, um valor ligeiramente inferior ao de 28,9% estimado para a zona europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) <sup>11</sup>, mas de qualquer modo preocupante.

Estima-se que os gastos directos e indirectos relacionados com o tabagismo correspondam a 1,04% a 1,39% do PIB da União Europeia.<sup>11</sup>

Uma redução em 3% da população portuguesa fumadora diminuiria os custos para a saúde em 3.687.000 euros até 2020.<sup>12</sup>

O consumo de tabaco representa por tudo isto um dos mais graves problemas de saúde pública da actualidade, com repercussões em toda a população, fumadora e não fumadora.<sup>7, 13-15</sup>

Em Novembro de 2005 foi adoptada por Portugal a Convenção-Quadro para o Controlo do Tabagismo da OMS que contempla as medidas a adoptar para combater esta realidade. Entre elas destacam-se o aumento do preço do tabaco, a proibição total de publicidade e patrocínio aos produtos do tabaco, a restrição de fumar em locais fechados e a promoção da cessação tabágica.<sup>14-16</sup>

A OMS estima que 75-85% dos fumadores gostariam de deixar de fumar e que aproximadamente um terço fizeram pelo menos três tentativas sérias. No entanto, menos de metade dos fumadores têm sucesso na cessação tabágica permanente antes dos 60 anos.<sup>11</sup>

Estudos comprovam que intervenções de apoio na cessação tabágica aumentam o número de indivíduos que deixam de fumar com sucesso.<sup>5, 11, 17</sup> Intervenções breves realizadas por clínicos gerais junto dos fumadores têm uma eficácia de 3 a 15%.<sup>11</sup> Estima-se que em média uma morte prematura será evitada por cada dois fumadores que um clínico ajudar a deixar de fumar.<sup>11</sup>

Com base em dados do Banco Mundial e da OMS, o investimento na cessação tabágica constitui a via mais efectiva para obter melhorias, a curto e médio prazo, na morbilidade e mortalidade associadas ao consumo de tabaco.<sup>5, 14</sup>

Nos Estados Unidos da América estima-se que por cada dólar gasto em programas de cessação tabágica se poupem entre 4 a 4,7 dólares em custos com a saúde.<sup>11</sup>

Tendo em conta esta realidade, é consensual que os fumadores devem ser activamente encorajados e ajudados a deixar de fumar, nomeadamente através do acesso a consultas especializadas que forneçam informação, meios e apoio no processo da cessação tabágica.<sup>13, 14</sup>

As Consultas de Cessação Tabágica (CCT) são um tipo de intervenção de apoio intensivo que assenta numa abordagem programada ao longo de vários meses, possibilitando um maior tempo de interacção entre o profissional de saúde e o paciente, o que permite aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica.<sup>2, 14</sup>

Todas as intervenções em saúde devem ser avaliadas.<sup>18</sup> Isso aplica-se também às Consultas de Cessação Tabágica.<sup>1, 15</sup> Segundo as recomendações do EQUIPP 2011<sup>11</sup>, o programa de cessação tabágica não está a ser adequadamente monitorizado e avaliado em Portugal. Neste contexto, o objectivo geral desta dissertação é caracterizar a implementação e funcionamento da CCT do Centro de Saúde de Vila Nova de Famalicão. Para esse efeito assumem-se como objectivos específicos: descrever e quantificar os processos e passos implementados na CCT; descrever e quantificar as características sócio-demográficas dos utentes da CCT; estimar a taxa de êxito da CCT; comparar as características dos grupos de abstinentes e fumadores após completarem o programa de intervenção previsto.

## **Material e Métodos**

Para a realização deste estudo foram analisados os 144 processos clínicos referentes aos utentes da CCT do Centro de Saúde de Vila Nova de Famalicão (VNF) que tiveram a sua primeira consulta no período de 1 de Janeiro de 2007 a 31 de Dezembro de 2009. Esta consulta está em funcionamento desde 2006. No entanto, até 2007, a consulta não estava estruturada de acordo com o protocolo da Direcção Geral de Saúde (DGS), razão pela qual foram excluídos os processos relativos ao primeiro ano da CCT. Os dados correspondentes a 2010 foram também excluídos, tendo em conta não existir um período de tempo suficiente para avaliar a abstinência tabágica destes utentes.

Foi construída uma base de dados de acordo com o questionário do Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte (Anexo 1) aplicado a todos os utentes desta consulta.

Foi excluído o caso de um fumador de cigarrilhas, obtendo-se uma amostra de 143 fumadores dos quais se analisaram variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, profissão e grau de escolaridade), o motivo que levou o utente a recorrer à consulta, variáveis relacionadas com a história tabágica (nº de cigarros/dia, idade de início do consumo e anos de consumo regular), variáveis relativas a tentativas de cessação prévia, grau de dependência e de motivação, outros hábitos ou comportamentos aditivos, co-morbilidades e uso de medicação. Foram também registados os dados relativos à abordagem terapêutica adoptada na CCT (marcação de dia D, terapia farmacológica e não-farmacológica) e estado de abstinência nos diversos passos do programa.

A partir das variáveis originais do questionário foram criadas e/ou recodificadas algumas novas variáveis. Com base nas respostas à pergunta 51 do questionário (Anexo 1) foi criada a variável “psicopatologia”, com as classes “sim” e “não”; foram classificados com tendo psicopatologia, os que assinalaram a existência de anorexia / bulimia, síndrome depressivo, psicose, alcoolismo / toxicodependência e ataques de pânico. Para efeitos de análise estatística, a variável “estado civil” foi recodificada, agregando na classe “casado” os casados e em união de facto e na “não casado” os solteiros, divorciados e viúvos. De forma análoga, na variável “situação laboral”,



agregaram-se nos “não activos” os estudantes, desempregados e reformados. Na análise estatística, considerou-se o grupo de fumadores que apenas manifestou intenção de reduzir o consumo como “não tendo marcado dia D”. Foram considerados como “não abstinentes” aqueles utentes que apenas reduziram o consumo tabágico.

Algumas variáveis resultantes da análise do questionário, com dados omissos (“*missing*”) para muitos utentes, não foram alvo de análise estatística, a não ser em casos excepcionais claramente identificados nos “resultados”. Os registos de telefonemas aos 6, 9 e 12 meses eram omissos nos processos de muitos utentes. Assim, as informações resultantes desses telefonemas foram usadas para uma estimativa de êxito aos 12 meses, mas não foram consideradas na análise estatística univariada adiante descrita.

A constituição e manipulação da base de dados, assim como a análise estatística foram realizadas com recurso ao programa SPSS versão 17.0.

Foi feita uma análise descritiva da distribuição dos utentes pelas diversas variáveis sócio-demográficas, hábitos tabágicos e outras variáveis atrás mencionadas, com influência comprovada no sucesso deste tipo de intervenções.<sup>15, 19</sup>

Foi realizada uma análise univariada da associação entre as variáveis categóricas potencialmente preditivas atrás mencionadas, e as seguintes variáveis dependentes: “comparência à 2ª consulta”, “adesão ao programa após a 2ª consulta” e “abstinência após completar as cinco consultas”, utilizando as provas do  $\chi^2$  e exacta de Fisher (casos com mais de 20% das células com valores esperados inferiores a 5). No caso de variáveis contínuas (“idade à data da 1ª consulta” e “anos de consumo regular”), foi utilizado o teste de *One Way Anova* para comparação de médias em cada grupo das variáveis dependentes supra-citadas. Foram usados modelos de regressão logística com as variáveis estatisticamente significativas na análise univariada atrás descrita. Foi considerado como estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$ .

## **Resultados**

### **1. Descrição e quantificação dos processos**

A CCT de VNF é realizada, em horário semanal de quatro horas, por uma equipa constituída por uma médica especialista em Medicina Geral e Familiar e uma Enfermeira. São admitidos nesta consulta utentes referenciados pelos médicos de Medicina Geral e Familiar das extensões de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de VNF e, excepcionalmente, fumadores que procuram a CCT por iniciativa própria e sem referência prévia. A CCT está estruturada de acordo com o Programa Tipo de Actuação na Cessação Tabágica da DGS <sup>14</sup>, no entanto o seu esquema não é rígido. De modo a simplificar a análise foi convencionado um esquema padrão compreendendo cinco consultas médicas e três telefonemas.

Na 1ª consulta procede-se à avaliação do fumador, são expostos os benefícios que advêm da cessação tabágica e os malefícios do consumo de tabaco. O utente é fortemente incentivado a marcar um dia para deixar definitivamente de fumar (dia D). Se o utente estiver motivado para a cessação tabágica, é discutido o plano terapêutico e é marcado o dia D ou estabelecido um plano para a redução gradual. Independentemente da decisão do fumador é-lhe proposta uma segunda consulta e facultado o esquema de intervenção completo.

A 2ª consulta tem como objectivo avaliar o sucesso do utente no cumprimento do plano previamente negociado. A presença nesta consulta é considerada como um indicador de adesão ao plano terapêutico. Assim, a taxa de sucesso da intervenção foi calculada com base nos utentes que compareceram à 2ª consulta.

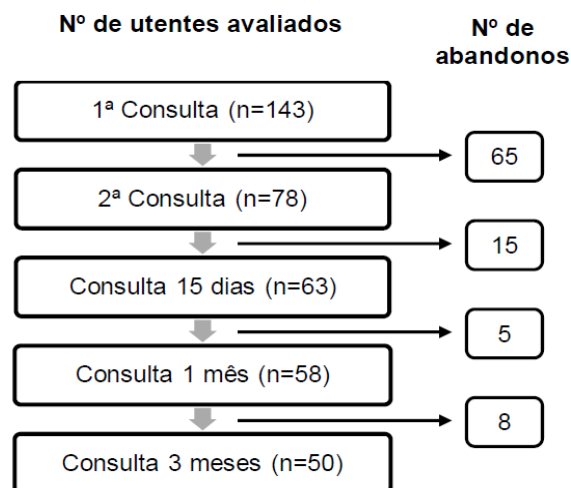
A 3ª consulta realiza-se aproximadamente 15 dias após a 2ª, no sentido de apoiar o fumador nesta fase crítica do seu processo de cessação tabágica.

As 4ª e 5ª consultas têm como principal objectivo a avaliação e prevenção de recaídas e são efectuadas um mês e três meses após o dia D.

Após as cinco consultas médicas está prevista a realização de três telefonemas, aos 6, 9 e 12 meses, sendo registado no processo da CCT o estado de abstinência tabágica do fumador àquela data.

Foram realizadas 49 primeiras consultas em 2007, 49 em 2008 e 45 em 2009. A Figura 1 apresenta um fluxograma com os números de utentes avaliados a cada passo da CCT e os respectivos abandonos do programa.

**Figura 1 - Número de utentes em cada passo da Consulta de Cessação Tabágica e abandonos do programa**



Dos 143 fumadores que compareceram à primeira consulta, apenas 50 (35,0%) completaram o esquema recomendado de cinco consultas. De uma forma geral, a proporção de abandonos diminuiu, ao longo dos vários passos da CCT. A maior parte dos abandonos ( $65/93 = 69,9\%$ ) ocorreu entre a 1ª e a 2ª consultas (Figura 1). Mais 16,1% ( $15/93$ ) abandonaram o programa antes da consulta dos 15 dias. A proporção de abandonos depois da consulta dos 15 dias foi mais baixa ( $13/93 = 14,0\%$ ).

Foi fornecido a todos os fumadores material de apoio sob a forma de folhetos informativos. Foi prescrita terapêutica farmacológica de vários tipos a 90 utentes (62,9%). Foi instituída um tratamento multicomponentes (pergunta 71 do questionário – Anexo 1) em 64 dos fumadores (44,8%).

## 2. Caracterização dos fumadores

### 2.1. Características sócio-demográficas

As características sócio-demográficas dos fumadores da CCT estão documentadas na Tabela I.

**Tabela I – Características sócio-demográficas dos 143 utentes da Consulta de Cessação Tabágica admitidos nos anos de 2007 a 2009**

		Número (%)
<b>Sexo</b> Casos Omissos – 0	<b>Masculino</b>	109 (76,2)
	<b>Feminino</b>	34 (23,8)
<b>Grupo Etário</b>  Casos Omissos – 0	<b>&lt;25 anos</b>	5 (3,5)
	<b>25-34 anos</b>	21 (14,7)
	<b>35-44 anos</b>	47 (32,9)
	<b>45-54 anos</b>	43 (30,1)
	<b>55-64 anos</b>	20 (14,0)
	<b>&gt;65 anos</b>	7 (4,9)
<b>Situação Profissional</b>  Casos Omissos – 1	<b>Activo</b>	95 (66,9)
	<b>Desempregado</b>	21 (14,8)
	<b>Reformado</b>	22 (15,5)
	<b>Estudante</b>	4 (2,8)
<b>Anos de escolaridade</b>  Casos Omissos – 23	<b>≤ 4 anos</b>	48 (40,0)
	<b>5 – 9 anos</b>	45 (37,5)
	<b>10-12 anos</b>	17 (14,2)
	<b>≥ 13 anos</b>	10 (8,3)
<b>Estado Civil</b>  Casos Omissos – 1	<b>Casado</b>	107 (74,8)
	<b>Solteiro</b>	20 (14,0)
	<b>Divorciado</b>	13 (9,1)
	<b>Viúvo</b>	1 (0,7)
	<b>União de facto</b>	1 (0,7)

Dos 143 utentes, 34 são do sexo feminino (23,8%) e 109 do sexo masculino (76,2%). A idade média dos fumadores estudados é de 44,45 anos, com uma idade mínima de 14 anos e máxima de 73. Em termos de distribuição por grupos etários o dos 35 aos 44 anos é o mais numeroso (32,9%).

À data da primeira consulta 66,9% dos utentes da CCT exerciam uma profissão e 14,8% estavam desempregados. A maioria tinha nove ou menos anos de escolaridade (77,5%). A maior parte dos fumadores (74,8%) eram casados.

## 2.2. Caracterização do hábito tabágico

Todos os utentes estudados eram fumadores regulares à data de admissão na consulta. Os dados relativos ao hábito tabágico são apresentados na Tabela II.

**Tabela II - Características do hábito tabágico dos 143 utentes da Consulta de Cessação Tabágica admitidos nos anos de 2007 a 2009**

		Número (%)
<b>Nº Cigarros/Dia</b>  Casos Omissos – 0	1-5	1 (0,7)
	6-10	11 (7,7)
	11-20	52 (36,4)
	21-30	43 (30,1)
	>30	36 (25,2)
<b>Anos de Consumo Regular</b>  Casos Omissos – 0	0-10	11 (7,7)
	11-20	36 (25,2)
	21-30	40 (28,0)
	31-40	38 (26,6)
	41-50	13 (9,1)
	>50	5 (3,5)

A média de cigarros consumidos à data da primeira consulta era de 24,23 cigarros/dia, com um mínimo de 2 e um máximo de 60 cigarros. A média de anos de consumo regular era de 27,29 anos, com um mínimo de 2 e um máximo de 62 anos. A média de idade de consumo do primeiro cigarro era de 14,79 anos com um mínimo de 7 anos e um máximo de 28 anos.

## 2.3. Dependência da nicotina e motivação

Apenas 34,3% dos utentes foram avaliados sobre o seu grau de dependência através do teste de Fagerstrom (Anexo 2) e 35% em relação ao seu estado de motivação pelo teste de Richmond (Anexo 3). Os utentes que não realizaram estes testes, responderam na sua maioria aos itens do questionário (perguntas 34-38) relativos à “Avaliação da dependência à nicotina” (Anexo 1). Assim, não foi possível obter uma medida uniforme do grau de dependência ou de motivação para a cessação tabágica de modo a avaliar as diferenças destes parâmetros nos grupos de abstinentes e fumadores. Para ultrapassar esta limitação, foram usadas outras variáveis, como aproximação (*proxy variables*) à dependência da nicotina (parágrafo seguinte) e à motivação para deixar de fumar (restantes parágrafos do ponto 2.3.).

Em relação ao primeiro cigarro do dia (9 casos omissos), 24,6% dos fumadores dizem fumar nos primeiros 5 minutos após acordar, sendo que a maioria o faz nos primeiros 30 minutos (74,6%) e apenas 8,2% após a primeira hora.

A referenciação para a CCT foi feita por iniciativa médica em 37,2% dos casos (51/137) e por iniciativa própria em 62,8% (86/137).

À data da 1ª consulta, 5 utentes não tencionavam deixar de fumar (3,5%), 28 (19,6%) não quiseram marcar dia D, 32 (22,4%) optaram por uma redução gradual do consumo e 78 (54,5%) marcaram um dia D para deixar de fumar. Os três primeiros grupos foram considerados como “não tendo marcado dia D” para efeitos de análise estatística.

O factor que mais frequentemente motivava os utentes a querer deixar de fumar (15 casos omissos) era a prevenção de doenças (42,2%), seguida do aconselhamento médico (15,6%) e da pressão familiar (11,7%).

#### **2.4. Tentativas de cessação prévias**

Dos utentes admitidos à CCT, 88,6% (124/140) mencionaram tentativas de cessação anteriores. As variáveis que caracterizam as tentativas prévias (perguntas 23b a 28, do questionário – Anexo 1) não foram analisadas devido ao grande número de dados omissos.

#### **2.5. Outros hábitos**

Os utentes da CCT consumiam em média 3 cafés por dia (13 casos omissos), enquanto 33,3% consumiam 1 a 2 unidades de bebidas alcoólicas por dia, 27,3% mais que 2 unidades e 14,1% já foram alcoólicos (44 casos omissos).

#### **2.6. Antecedentes pessoais**

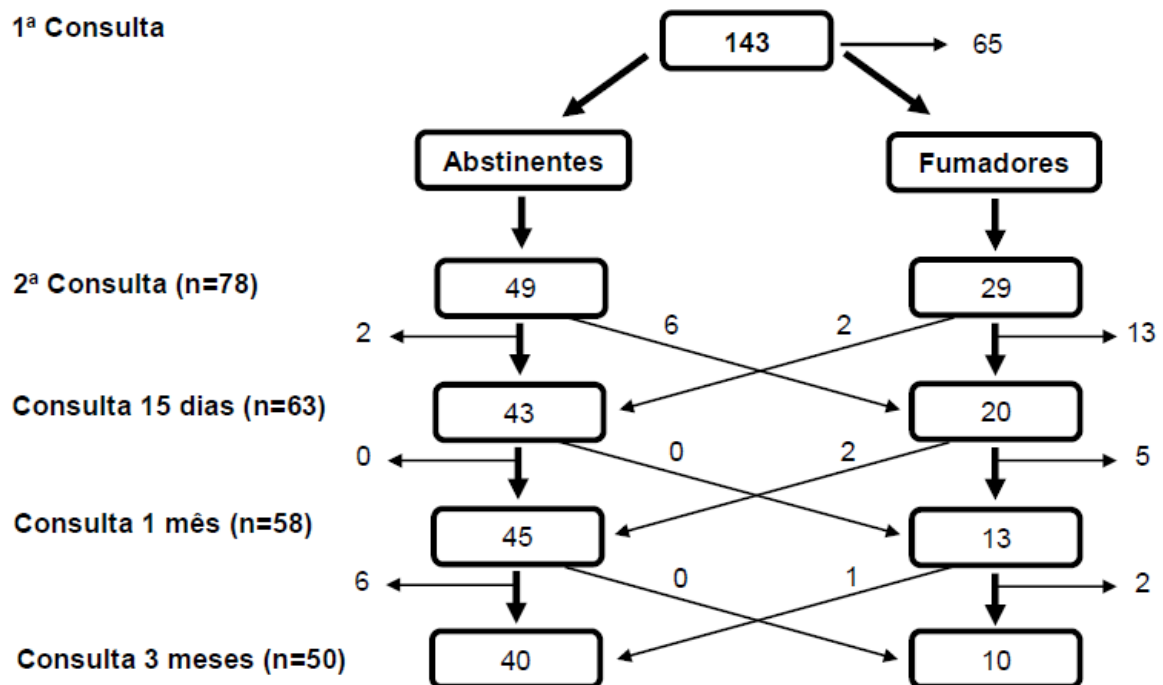
Foi referida a existência de patologia crónica em 77,9% dos fumadores (109/140). Em 23,4% (33/140) dos casos foi referida história de psicopatologia.

O uso regular de medicamentos foi referido por 51,9% dos utentes (69/133).

### 3. Adesão ao programa e alterações de hábitos tabágicos

O diagrama de fluxo da Figura 2 mostra a distribuição dos utentes por consulta, assim como os abandonos, em função do estado de abstinente ou fumador. As mudanças de “estado” durante o programa foram raras: seis abstinentes voltaram a fumar entre a 2ª consulta e a dos 15 dias, enquanto cinco fumadores se tornaram abstinentes em diferentes “passos” do programa.

**Figura 2- Relação entre o estado de abstinência e os diversos passos da Consulta de Cessação Tabágica**



Como já foi referido, a maior parte (69,9%) dos abandonos ocorreram entre a 1ª e a 2ª consultas. A Tabela III compara as características dos grupos de fumadores que compareceram ou não à 2ª consulta.

**Tabela III – Características do grupo que compareceu à 2ª consulta e do grupo que desistiu após a 1ª consulta**

		<b>Compareceu 2ª consulta</b>	<b>Desistiu após 1ª consulta</b>	<b>P</b>
<b>Global</b>	<b>n = 143</b>	78 (54,5%)	65 (45,5%)	
<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>	19 (55,9%)	15 (44,1%)	0,86 ( $\chi^2$ )
	<b>Masculino</b>	59 (54,1%)	50 (45,9%)	
<b>Idade média em anos à data da 1ª consulta</b>		44,18	44,77	0,76 (Anova)
<b>Estado Civil</b>	<b>Casado</b>	62 (57,4%)	46 (42,6%)	0,18 ( $\chi^2$ )
	<b>Não casado</b>	15 (44,1%)	19 (55,9%)	
<b>Situação Laboral</b>	<b>Activo</b>	54 (56,8%)	41 (43,2%)	0,37 ( $\chi^2$ )
	<b>Não activo</b>	23 (48,9%)	24 (51,1%)	
<b>Nº de cigarros/dia</b>	<b>≤ 30</b>	37 (57,8%)	27 (42,2%)	0,48 ( $\chi^2$ )
	<b>&gt; 30</b>	41 (51,9%)	38 (48,1%)	
<b>Média de anos de consumo regular</b>		26,99	27,65	0,75 (Anova)
<b>Hora do 1º cigarro</b>	<b>&lt; 30 minutos</b>	42 (57,5%)	31 (42,5%)	0,25 ( $\chi^2$ )
	<b>&gt; 30 minutos</b>	29 (47,5%)	32 (52,5%)	
<b>Tipo de referenciação</b>	<b>Iniciativa própria</b>	53 (61,6%)	33 (38,4%)	0,04 ( $\chi^2$ )
	<b>Iniciativa médica</b>	22 (43,1%)	29 (56,9%)	
<b>Tentativa Prévia</b>	<b>Sim</b>	67 (54,0%)	57 (46,0%)	0,52 ( $\chi^2$ )
	<b>Não</b>	10 (62,5%)	6 (37,5%)	
<b>Prescrição Farmacológica</b>	<b>Sim</b>	62 (62,0%)	38 (38,0%)	0,01 ( $\chi^2$ )
	<b>Não</b>	16 (37,2%)	27 (62,8%)	
<b>Psicopatologia</b>	<b>Sim</b>	11 (50,0%)	11 (50,0%)	0,64 ( $\chi^2$ )
	<b>Não</b>	67 (55,4%)	54 (44,6%)	
<b>Marcação dia D</b>	<b>Sim</b>	62 (79,5%)	16 (20,5%)	<0,001 ( $\chi^2$ )
	<b>Não</b>	16 (24,6%)	49 (75,4%)	

Na análise univariada, observou-se uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis “tipo de referenciação para a CCT”, “prescrição farmacológica” e “marcação do dia D”, e a “adesão à 2ª consulta”. Era mais provável comparecer à 2ª consulta, se o fumador tivesse sido referenciado por iniciativa própria ( $P = 0,04$ ), se lhe tivesse sido prescrito um fármaco na 1ª consulta ( $P = 0,01$ ) ou se tivesse marcado dia D ( $P < 0,001$ ). No modelo de regressão logística multivariada com as três variáveis atrás mencionadas como variáveis preditivas, apenas “marcação do dia D” se mantém como associada à “adesão à 2ª consulta” de forma estatisticamente significativa ( $P < 0,001$ ). Ou seja, as aparentes associações das variáveis “motivo de referenciação para a CCT” e “prescrição farmacológica” resultam do efeito de confundimento <sup>18</sup> da



variável marcação de dia D e não da efectiva associação com a variável dependente (“adesão à segunda consulta”).

A Tabela IV compara as características dos que completaram ou não o programa de cinco consultas da CCT, restringindo a análise aos 78 utentes que compareceram à 2ª consulta. Era mais provável completar as cinco consultas se o utente estivesse abstinente na 2ª consulta. Esta foi a única associação estatisticamente significativa ( $P < 0,001$ ).

**Tabela IV – Características dos de fumadores que completaram o programa e dos que desistiram após a 2ª consulta**

		<b>Programa Completo</b>	<b>Desistência após 2ª consulta</b>	<b>P</b>
<b>Global</b>	<b>n = 78</b>	50 (64,1%)	28 (35,9%)	
<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>	12 (63,2%)	7 (36,8%)	0,92 ( $\chi^2$ )
	<b>Masculino</b>	38 (64,4%)	21 (35,6%)	
<b>Idade média em anos à data da 1ª consulta</b>		44,80	43,07	0,49 (Anova)
<b>Estado Civil</b>	<b>Casado</b>	42 (67,7%)	20 (32,3%)	0,13 ( $\chi^2$ )
	<b>Não casado</b>	7 (46,7%)	8 (53,3%)	
<b>Situação Laboral</b>	<b>Activo</b>	35 (64,8%)	19 (35,2%)	0,74 ( $\chi^2$ )
	<b>Não activo</b>	14 (60,9%)	9 (39,1%)	
<b>Nº de cigarros/dia</b>	<b>≤30</b>	24 (64,9%)	13 (35,1%)	0,89 ( $\chi^2$ )
	<b>&gt;30</b>	26 (63,4%)	15 (36,6%)	
<b>Média de anos de consumo regular</b>		27,48	26,11	0,62 (Anova)
<b>Hora do 1º cigarro</b>	<b>&lt; 30 minutos</b>	26 (61,9%)	16 (38,1%)	0,36 ( $\chi^2$ )
	<b>&gt;30 minutos</b>	21 (72,4%)	8 (27,6%)	
<b>Tipo de referenciação</b>	<b>Iniciativa Própria</b>	35 (66,0%)	18 (34,0%)	0,84 ( $\chi^2$ )
	<b>Iniciativa Médica</b>	14 (63,6%)	8 (36,4%)	
<b>Tentativa Prévia</b>	<b>Sim</b>	44 (65,7%)	23 (34,3%)	0,48 (Fisher)
	<b>Não</b>	5 (50,0%)	5 (50,0%)	
<b>Prescrição Farmacológica</b>	<b>Sim</b>	39 (62,9%)	23 (37,1%)	0,66 ( $\chi^2$ )
	<b>Não</b>	11 (68,8%)	5 (31,3%)	
<b>Psicopatologia</b>	<b>Sim</b>	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0,31 (Fisher)
	<b>Não</b>	41 (61,2%)	26 (38,8%)	
<b>Marcação dia D</b>	<b>Sim</b>	41 (66,1%)	21 (33,9%)	0,46 ( $\chi^2$ )
	<b>Não</b>	9 (56,3%)	7 (43,8%)	
<b>Abstinência 2ª consulta</b>	<b>Sim</b>	39 (79,6%)	10 (20,4%)	<0,001 ( $\chi^2$ )
	<b>Não</b>	11 (37,9%)	18 (62,1%)	

#### 4. Comparação das características dos grupos de abstinentes e fumadores após completarem o programa de intervenção previsto

Dos 50 utentes que completaram o programa de cinco consultas, 40 (80%) estavam abstinentes na consulta dos 3 meses (Figura 2). Estar abstinente na 2ª consulta era altamente preditivo de manter esse estado no final do programa ( $P < 0,001$ ); a maior parte ( $38/40 = 95,0\%$ ) dos abstinentes no final do programa, já estava nessa condição na 2ª consulta, enquanto apenas 2 dos não abstinentes na 2ª consulta tinham deixado de fumar no final do programa.

A Tabela V compara as características dos grupos de abstinentes e fumadores.

**Tabela V – Características dos grupos que, após completarem o programa, estavam abstinentes ou não abstinentes**

		<b>Abstinentes</b>	<b>Não Abstinentes</b>	<b>P</b>
<b>Global</b>	<b>n=50</b>	40 (80%)	10 (20%)	
<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>	9 (75%)	3 (25%)	0,69 (Fisher)
	<b>Masculino</b>	31 (81,6%)	7 (18,4%)	
<b>Idade média em anos à data da 1ª consulta</b>		44,6	45,8	0,73 (Anova)
<b>Estado Civil</b>	<b>Casado</b>	35 (83,3%)	7 (16,7%)	0,14 (Fisher)
	<b>Não casado</b>	4 (57,1%)	3 (42,9%)	
<b>Situação Laboral</b>	<b>Activo</b>	28 (80%)	7 (20%)	1,00 (Fisher)
	<b>Não activo</b>	11 (78,6%)	3 (21,4%)	
<b>Nº de cigarros/dia</b>	<b>≤30</b>	20 (83,3%)	4 (16,7%)	0,73 (Fisher)
	<b>&gt;30</b>	20 (76,9%)	6 (23,1%)	
<b>Média de anos de consumo regular</b>		26,67	30,70	0,33 (Anova)
<b>Hora do 1º cigarro</b>	<b>&lt; 30 minutos</b>	19 (73,1%)	7 (26,9%)	0,16 (Fisher)
	<b>&gt;30 minutos</b>	19 (90,5%)	2 (9,5%)	
<b>Tipo de referenciação</b>	<b>Iniciativa Própria</b>	31 (88,6%)	4 (11,4%)	0,02 (Fisher)
	<b>Iniciativa Médica</b>	8 (57,1%)	6 (42,9%)	
<b>Tentativa Prévia</b>	<b>Sim</b>	35 (79,5%)	9 (20,5%)	1,00 (Fisher)
	<b>Não</b>	4 (80%)	1 (20%)	
<b>Prescrição Farmacológica</b>	<b>Sim</b>	33 (84,6%)	6 (15,4%)	0,20 (Fisher)
	<b>Não</b>	7 (63,6%)	4 (36,4%)	
<b>Psicopatologia</b>	<b>Sim</b>	4 (44,4%)	5 (55,6%)	0,01 (Fisher)
	<b>Não</b>	36 (87,8%)	5 (12,2%)	
<b>Marcação dia D</b>	<b>Sim</b>	39 (95,1%)	2 (4,9%)	<0,001 (Fisher)
	<b>Não</b>	1 (11,1%)	8 (88,9%)	

Na análise univariada, observou-se uma associação estatisticamente significativa entre “motivo de referência para a consulta”, “existência de psicopatologia” e “marcação do dia D”, e a abstinência após completar o esquema terapêutico. Era mais provável estar abstinente se o utente tivesse sido referenciado por iniciativa própria ( $P = 0,02$ ), se não tivesse história de psicopatologia ( $P = 0,01$ ) e se tivesse marcado dia D na 1ª consulta ( $P < 0,001$ ). No modelo de regressão logística com as três variáveis atrás mencionadas, apenas “marcação do dia D” se mantém como associada à abstinência no final do programa de forma estatisticamente significativa ( $P = 0,001$ ). Ou seja, as aparentes associações das variáveis “tipo de referência” e “psicopatologia” resultam do efeito de confundimento<sup>18</sup> da variável “marcação de dia D”.

**Tabela VI – Marcação de dia D e estado de abstinência**

	Abstinentes	Não Abstinentes	Total	P
2ª Consulta				
Marcaram dia D	48 (61,5%)	14 (48,3%)	62 (79,5%)	<0,001 (Fisher)
Não marcaram dia D	1 (1,3%)	15 (19,2%)	16 (20,5%)	
Total	49 (62,8%)	29 (37,2%)	78 (100%)	
Consulta 15 dias				
Marcaram dia D	42 (66,7%)	11 (17,5%)	53 (84,1%)	<0,001 (Fisher)
Não marcaram dia D	1 (1,6%)	9 (14,3%)	10 (15,9%)	
Total	43 (68,3%)	20 (31,7%)	63 (100%)	
Consulta 1 mês				
Marcaram dia D	44 (75,9%)	5 (8,6%)	49 (84,5%)	<0,001 (Fisher)
Não marcaram dia D	1 (1,7%)	8 (13,8%)	9 (15,5%)	
Total	45 (77,6%)	13 (22,4%)	58 (100%)	
Consulta 3 meses				
Marcaram dia D	39 (78,0%)	2 (4,0%)	41 (82,0%)	<0,001 (Fisher)
Não marcaram dia D	1 (2,0%)	8 (16,0%)	9 (18,0%)	
Total	40 (80%)	10 (20%)	50 (100%)	

Analisando em detalhe a associação entre marcação inicial de dia D e abstinência, verificou-se que, não só na última consulta, mas também nos passos intermédios, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a marcação de D e o estado de abstinência tabágica. Era mais provável estar abstinente em qualquer uma das consultas se o utente tivesse marcado dia D (Tabela VI).

## **5. Sucesso da Intervenção**

Como ficou atrás descrito (Tabela V) 80,0% dos utentes que chegaram à consulta dos três meses estavam abstinentes. Mas, se fossem considerados como fumadores todos os que abandonaram o programa, a taxa de sucesso aos três meses seria de 51,3% (40 dos 78 utentes que compareceram à 2ª consulta).

No entanto, como é recomendado por vários autores/entidades <sup>14,20,21</sup> avaliar este tipo de intervenção aos 12 meses, fizeram-se três estimativas da taxa de êxito com base nas informações disponíveis a partir dos telefonemas realizados e registados, apesar das suas limitações.

Havia registo de telefonemas aos 12 meses, de 28 dos utentes que chegaram à consulta do 3º mês (25 estavam “abstinentes”) e de quatro dos que tinham abandonado o programa depois da 2ª consulta (todos “não abstinentes”).

Considerando o “pior cenário possível”, a taxa de sucesso aos 12 meses seria de 32,0% (25 abstinentes confirmados por telefonema / 78 utentes que compareceram à 2ª consulta).

Considerando o “melhor cenário possível”, a taxa de sucesso aos 12 meses seria de 91,0% (apenas sete utentes declararam que eram fumadores, no telefonema aos 12 meses, assumindo-se que todos os outros utentes estariam abstinentes).

Se se considerasse que a amostra de utentes com dados resultantes de telefonemas era representativa de todos os que tinham comparecido à 2ª consulta, a taxa de êxito seria de 78,1% (25/32).

## **Discussão**

### **1. Principais achados**

A CCT de VNF está estruturada de acordo com o Programa Tipo de Actuação na Cessação Tabágica da DGS.<sup>14</sup> Embora na 1ª consulta já seja realizada intervenção, só se consideram aderentes ao programa, os utentes que comparecem à 2ª consulta. Apenas 54,5% dos utentes compareceram à 2ª consulta, o que está positivamente associado à escolha, na 1ª consulta, de um dia D para deixar de fumar.

A maioria dos utentes que adere ao programa (comparece à 2ª consulta) segue-o até ao fim (consulta dos três meses), o que está associado ao facto de estar já abstinente na 2ª consulta.

Ter escolhido um dia D para deixar de fumar, está positivamente associado ao estado de abstinência em todas as consultas, nomeadamente na dos três meses.

A taxa de êxito aos 12 meses situa-se entre os 32,0% (“melhor cenário”) e os 91,0% (“pior cenário”), não sendo possível fazer uma estimativa precisa.

### **2. Validade interna do estudo**

Os achados deste estudo são válidos? Isto é, são verdadeiros? É habitual responder a esta pergunta considerando a possível influência de viés, confundimento e acaso.<sup>18</sup>

Apesar de o questionário não ter sido sujeito a nenhum estudo formal de validação, pelas características das perguntas e das variáveis resultantes, não se identifica nenhum problema evidente de validade da informação relativa às características sócio-demográficas, hábitos e antecedentes dos utentes. Por outro lado, as variáveis com muitas observações omissas não foram analisadas. Relativamente à variável “abstinência”, o uso do teste do monóxido de carbono no ar expirado na consulta dos três meses, é favorável à validade

da mesma.<sup>25</sup> A abstinência aos 12 meses foi avaliada através de um contacto telefónico, pelo que mais sujeita a potencial viés de informação.<sup>25</sup>

Alguns efeitos de confundimento, nalgumas associações avaliadas, foram controlados pelo uso de modelos de regressão logística multivariada.

O tamanho da amostra estudada foi suficiente para encontrar algumas associações estatisticamente significativas. No entanto, não se sabe se teriam sido encontradas outras, caso a amostra fosse maior. Em qualquer dos casos, este trabalho não foi especificamente desenhado como um estudo analítico e o tamanho amostral resultou do facto de se tratar de uma amostra de conveniência.

### 3. Validade externa e comparação com achados de outros estudos

Nas tabelas VII a IX comparam-se algumas características e resultados obtidos no presente estudo e em outros estudos a nível nacional.

**Tabela VII – Comparação das características sócio-demográficas em estudos nacionais**

	N	Idade média (anos)	Sexo (%)		% Casados	% Activos	< 10 anos de escolaridade (%)
			Feminino	Masculino			
<b>CCT Famalicão</b>	143	44,45	23,8	76,2	74,8	66,9	77,5
<b>CCT Gaia</b> <sup>21</sup> (Igreja 2009)	328	46,47	32,3	67,7	69,8	76,8	67,7
<b>CCT Bom Jesus</b> <sup>20</sup> (Alves 2009)	869	ND*	49,0	51,0	56,0	73,0	50,0
<b>CCT Alvalade</b> <sup>22</sup> (Rebello 2008)	184	45,7	50,0	50,0	ND*	73,3	30,9

\*ND – Informação não disponível

A maioria dos utentes da CCT de VNF era do sexo masculino (76,2%), resultado mais expressivo que noutras consultas a nível nacional (Tabela VII).

O valor observado está de acordo com proporção de três homens para cada mulher fumadora na população geral, estimada para região Norte em 2005.<sup>23</sup> No geral, a população desta consulta tem uma maior percentagem de utentes do sexo masculino, utentes casados e não profissionalmente activos, bem como um grau de escolaridade inferior ao de outras consultas.

**Tabela VIII – Comparação dos hábitos tabágicos em estudos nacionais**

	N	Nº de cigarros/ dia (média)	Anos de consumo regular (média)	Idade do 1º cigarro (média)
<b>CCT Famalicão</b> (Presente estudo)	143	24,2	27,29	14,79
<b>CCT Gaia</b> <sup>21</sup> (Igreja 2009)	328	24,0	30,29	16,18
<b>CCT Bom Jesus</b> <sup>20</sup> (Alves 2009)	869	ND*	ND*	ND*
<b>CCT Alvalade</b> <sup>22</sup> (Rebelo 2008)	184	28,8	ND*	15,6

\*ND – Informação não disponível

A média de cigarros consumidos por dia (24,2) é semelhante ao valor relatado por Igreja (24,0) <sup>21</sup>, mas inferior ao obtido por Rebelo (28,8) <sup>22</sup>. A média de anos de consumo regular é inferior à da CCT de Gaia <sup>21</sup> (Tabela VIII). A idade média em que os utentes fumaram o 1º cigarro é mais baixa na consulta de VNF (Tabela VIII).

As consultas de Gaia <sup>21</sup> têm um funcionamento semelhante ao da CCT de VNF. A consulta de Alvalade <sup>22</sup> tem critérios estabelecidos para o acesso ao programa que incluem indicadores de motivação e dependência, ausência de “crise psicossocial” e disponibilidade no horário da consulta. A consulta do Centro de Saúde do Bom Jesus <sup>20</sup> exclui os fumadores com outras dependências e psicopatologia não compensada, bem como aqueles que afirmam não ter capacidade financeira para suportar os custos da terapêutica. Esta CCT oferece um esquema mais intensivo e com apoio de outros especialistas para todos os utentes.

As diferenças nas características sócio-económicas e de hábitos tabágicos dos utentes, bem como nas características da própria consulta, entre a CCT de VNF e outras CCT portuguesas com dados publicados, limitam a sua comparabilidade e, por isso, alguns comentários e explicações em seguida avançados devem ser lidos com prudência e considerados como especulativos.

**Tabela IX – Comparação da taxa de abandonos e abstinência em estudos nacionais**

	N	% Abandono após 1ª consulta	% Abandono após 2ª consulta	% Abandono total	% Abstinentes 12 meses
<b>CCT Famalicão</b>	143	45,5	19,6	65,1	32,0 <sup>†</sup>
<b>CAICT Gaia</b> <sup>21</sup> (Igreja 2009)	328	51,5	14,3	65,8	30,2
<b>CCT Bom Jesus</b> <sup>20</sup> (Alves 2009)	869	24,9	ND*	ND*	43,0
<b>CCT Alvalade</b> <sup>22</sup> (Rebello 2008)	184	ND*	ND*	27,0	24,0

\*ND – Informação não disponível

<sup>†</sup> - "Pior cenário possível"

A taxa de abandono da CCT de VNF durante todos os passos do programa é comparável à descrita por Igreja <sup>21</sup> mas muito superior à de Rebello <sup>22</sup> (Tabela IX). A abstinência ao ano estimada segundo o "pior cenário possível" está de acordo com outros estudos nacionais (Tabela IX) e com as taxas de abstinência aos 12 meses referidas em estudos internacionais, que variam entre 17,7% a 35%.<sup>2,5,17, 24</sup>

As diferenças nas taxas de abandono podem ser justificadas pelos diferentes critérios utilizados para acesso à CCT. A consulta em estudo não exclui qualquer utente referenciado para cessação tabágica, sendo que, alguns dos fumadores que têm acesso a esta consulta, não têm qualquer intenção de deixar de fumar (3,5%) ou não o querem fazer em breve (19,6%). A CCT de VNF tem uma taxa de sucesso alta, apesar de não ter sido possível estabelecer o seu valor preciso.



#### **4. Propostas para o futuro**

A CCT de VNF está a ser um êxito com potencial impacto muito positivo sobre a população fumadora, pelo que deve ser mantida e apoiada. A realização deste estudo permite deixar algumas sugestões relativamente ao seu funcionamento.

Seria benéfica a existência de uma linha telefónica disponível para contactar os fumadores, quer para avaliar a sua abstinência aos 6, 9 e 12 meses, quer para eventuais contactos posteriores para avaliar a abstinência a longo prazo.

A informação relativa aos contactos telefónicos deverá ser registada sistematicamente, inclusivamente a dos contactos que não obtiveram resposta.

O investimento na formação dos médicos de Medicina Geral e Familiar na área da cessação tabágica, com competências para realizar intervenções breves e aplicar critérios de referenciação para a CCT, é de extrema importância <sup>1, 14</sup>, podendo contribuir para maior eficácia da CCT, nomeadamente para diminuir as taxas de abandono.

Aconselha-se ainda o uso dos testes de Richmond e Fagerstrom (Anexos 2 e 3) de forma sistemática, para avaliação da motivação e grau de dependência dos fumadores, tendo em conta o seu valor preditivo de adesão e sucesso na cessação tabágica.<sup>26</sup>

## Referências

1. Rebelo L. Consulta de Cessação Tabágica – Uma Proposta para a Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2004; 20: 87-98.
2. Bauld L, Bell K, McCullough L, Richardson L, Greaves L. The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of Public Health*. 2009; 32 (1): 71-82.
3. Rosendo I, Fonseca G, Guedes A, Martins V. Caracterização dos fumadores e factores que influenciam a motivação para a cessação tabágica. *Revista Portuguesa de Pneumologia* 2009; XV (5): 783-802.
4. ITC Research Team. FCTC Article 14 Tobacco Dependence and Cessation – Evidence from the ITC Project. International Tobacco Control Policy Evaluation Project, November 2010.
5. Chandler M, Rennard S. Smoking Cessation. *Chest* 2010; 137: 428-435.
6. World Health Organization. The World Health Report: 2002. Reducing risks, promoting healthy life. WHO Graphics 2002.
7. European Commission. Green Paper. Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level. Directorate C – Public Health and Risk Assessment. European Communities 2007.
8. Borges M, Gouveia M, Costa J, Pinheiro L, Paulo S, Carneiro A. (2009) Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia* 2009; XV (6): 951-1002.
9. World Health Organization. The European tobacco control report 2007. World Health Organization, Regional Office for Europe 2007.
10. European Commission. European Commission Eurobarometer. Survey on Tobacco 2009.
11. Bridgehead International EQUIPP: Europe Quitting: Progress and Pathways. Pfizer 2011.

12. PESCE. General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe. Project Executive Summary. May 2008.
13. Pascoal I. Cessação Tabágica: Consulta especializada. Revista Portuguesa de Pneumologia 2005; XI (3) Supl. 1: 137-144
14. Direcção Geral de Saúde. Cessação Tabágica - Programa Tipo de Actuação. DGS Dezembro 2007.
15. Pestana E, Alves P, Borges M, Matias D, Mendes B, *et al.* Tabagismo. Do Diagnóstico ao Tratamento. 2ª edição. Lidel – Edições Técnicas 2010.
16. Diário da República. I Série A (Suplemento) nº 214, de 8/11/2005, Decreto nº 25 A/2005 de 8 de Novembro.
17. Grandes G, Cortada J, Arrazola A, Laka J. Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. British Journal of General Practice February 2003; 53: 101-107.
18. Brownson R, Baker E, Leet T, Gillespie K. Evidence-based Public Health. Oxford University Press, Oxford / New York, 2003.
19. Monsó E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. Tobacco Control 2001; 10: 165-169.
20. Alves E, Afonso J, Antunes I, Rodrigues S. A Experiência da Consulta de Cessação Tabágica do Centro de Saúde do Bom Jesus. Revista Toxicodependências 2009; 15 (3): 51-59.
21. Igreja A. Consulta de apoio intensivo de cessação tabágica, a nível dos cuidados de saúde primários: da sua análise a propostas de intervenção. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para obtenção de grau de mestre em Saúde Pública. Porto 2009.
22. Rebelo L. Consulta de Cessação Tabágica no Centro de Saúde de Alvalade – Os Primeiros 184 Pacientes Fumadores - Avaliação de Resultados. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2008; 24:13-20.

23. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Instituto Nacional de Estatística, I.P. e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P, 2009.
24. Stienberg M. Pharmacotherapy and smoking cessation at a tobacco dependence clinic. *Preventive Medicine* 2006; 42 (2): 114-119.
25. Becoña E, Míguez M. Concordance of self-reported abstinence and measurement of expired air carbon monoxide in a self-help smoking cessation treatment. *Psychology Reports* 2006; 99 (1): 125-30.
26. Córdoba R., Mantín C., Casas R., Barberá C., Botaya M., Hernández A. *et al*/ Value of brief questionnaires in predicting smoking cessation in primary care. *Atencion Primaria* 2000; 25 (1): 32-6.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Prof. Dr. Guilherme Gonçalves por todo o apoio e disponibilidade na concepção e elaboração desta tese de mestrado.

Agradeço à Dra. Diana Moreira pela prontidão com se disponibilizou para partilhar os dados da sua consulta, por todos os esclarecimentos e auxílio prestado.

Agradeço à Enfermeira Lurdes pelo apoio logístico na consulta dos processos, bem como a todos os funcionários do Centro de Saúde de Vila Nova de Famalicão pelo modo como me acolheram.

Agradeço à Dra. Eduarda Matos pelo auxílio prestado na realização da análise estatística.

Agradeço à Dra. Leonie Prasad pelo seu contributo para este trabalho.

Por fim, um muito obrigada aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio incondicional de sempre.

## **Anexo 1**

### Questionário



CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

N.º: [ ]-[ ]-[ ]- Data: [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

1. C.S./USP:		2. Médico Família:	
3. N.º Processo:		4. N.º utente:	
5.a) Nome:		b) Sexo:	
6. Data nascimento: [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]		7. Idade: [ ]-[ ] anos	
8. Estado civil:		9. Profissão:	
10. Escolaridade:		11. Telem:	12. Telef:
13. mail:		14. fax:	
15. Morada:			

16. PROVENIÊNCIA:	
Com referência médica:	Sem referência médica:
[1] Iniciativa própria	[4] Iniciativa própria
[2] Iniciativa médica	[5] Iniciativa outros profissionais
[3] Iniciativa outro profissional	

17. MOTIVO DA CONSULTA:
-------------------------

19. PRÉ-TRIAGEM:	[0] não,	[1] sim:
------------------	----------	----------

18. PREENCHIMENTO:		
	Questões preenchidas	Assinatura/cédula
[1] Administrativo/a		
[2] Enfermeiro/a		
[3] Médico/a		
[4] Outro profissional		



## HISTÓRIA TABÁGICA

19. N.º cigarros [ ] /dia

21. Início de consumo regular [ ] anos

20. 1º cigarro aos [ ] anos

22. Anos de consumo regular [ ] anos

23. Tentativa para deixar de fumar a) [0] não (passar para a questão 29) [1] sim, N.º total: [ ]  
 b) se SIM, a última foi há: [0] < 1 ano [1] ≥ 1 ano  
 c) Fez algum tratamento: [0] não [1] sim. Qual: \_\_\_\_\_

24. Tempo max. de abstin [ ] d/m/a

25. Aumentou de peso? a) [0] não [1] sim: [ ] Kg

## Relativamente à última tentativa

26. Motivo da cessação: \_\_\_\_\_

[1] saúde [3] gravidez [5] economia  
 [2] decisão própria [4] pressão social [6] outro

27. Motivo da recaída: \_\_\_\_\_

[1] s. abstinência [4] falta de motivação [7] melhoria da saúde  
 [2] contexto social [5] nunca ter abandonado [8] problemas laborais  
 [3] Excesso de confiança [6] problemas familiares [9] outro

28. Sintomas que sentiu quando deixou de fumar:

[0] nenhum [4] ansiedade\* [7] irritabilidade, impaciência  
 [1] aumento do apetite [5] nervosismo, agitação [8] tristeza\*  
 [2] perturbação sono [6] Dificuldade de concentração [9] Desejo intenso de fumar  
 [3] obstipação [10] outro: \_\_\_\_\_

## Actualmente

29. Locais onde fuma:

[1] em casa (expõe alguém? [0] não [1] sim, quem? \_\_\_\_\_)  
 [3] local de trabalho (expõe alguém? [0] não [1] sim, quem? \_\_\_\_\_)  
 [2] transporte (expõe alguém? [0] não [1] sim, quem? \_\_\_\_\_)  
 [4] outro: \_\_\_\_\_ (expõe alguém? [0] não [1] sim)

30. Conviventes fumadores:

[0] ninguém [1] amigos [2] colegas  
 [3] companheiro/a [4] outros familiares (do agregado familiar): \_\_\_\_\_

31. Exposição ao fumo ambiental:

[0] nenhum [1] no lar [2] local de trabalho  
 [3] transporte [4] restauração (bar, café, restaurante) [5] locais de lazer

32. Tipo de tabaco que fuma

[1] cigarro [2] charutos [3] cigarritos [4] cachimbo

33. Motivo para deixar de fumar actualmente: (indicar 3 por ordem de importância)

[ ] 1) saúde, prevenção de doenças [ ] 6) Aconselhamento médico  
 [ ] 2) saúde, aumento do rendimento físico [ ] 7) pressão (familiar, social, laboral)  
 [ ] 3) saúde, diminuição de sintomas [ ] 8) estético (odor, dentes, ...)  
 [ ] 4) saúde, existência de patologia crónica [ ] 9) respeito pelos fumadores passivos  
 [ ] 5) consciência da dependência [ ] 10] diminuição N.º de locais onde se pode fumar  
 [ ] 11] outros: \_\_\_\_\_



**Avaliação da dependência à nicotina:****34. Quanto tempo depois de acordar fuma o 1.º cigarro?**

- [5] 0-5 min    [4] 6-15 min    [3] 16-30 min    [2] 31-60 min    [1] ≥ 61 min

**35. Quantos cigarros fuma por dia?**

- [1] 0-5    [2] 6-10    [3] 11-20    [4] 21-29    [5] ≥ 30

**36. Indique com um número de 0 a 100 qual o seu grau de dependência ao cigarro [ \_ \_ \_ ]**

- [1] 0-20    [2] 21-40    [3] 41-60    [4] 61-80    [5] 81-100

**37. Ficar sem cigarros é para si:**

- [5] impossível    [4] muito difícil    [3] difícil    [2] relativamente fácil    [1] fácil

**38. Após algumas horas sem fumar sente uma necessidade irresistível de fumar?**

- [1] não está nada de acordo    [2] não está de acordo  
[3] está mal ou menos de acordo    [4] concorda um pouco    [5] está totalmente de acordo

**39. Tem intenção de deixar de fumar dentro de:**

- [1] ≤ 30 dias    [2] > 30 dias e < 6 meses    [3] > 6 meses    [4] não tem

**HÁBITOS****Consumo de outras substâncias:**

	Nunca experimentou	Experimentou numa ou noutra ocasião	esporádica	Aos fim- de- semana	Dário 1-2 unidades	Dário > 2 unidades
40. Alcool*	1	2	3	4	5	6
41. Café	1	2	3	4	5	6
42. Cannabis	1	2	3	4	5	6
43. Estimulantes	1	2	3	4	5	6
44. Opiáceos	1	2	3	4	5	6

**45. se necessário aplicar AUDIT [ \_ \_ ]****46. Alimentares:**

a) N.º de cafés: [ \_ ]/dia    b) N.º de refeições: [ \_ ]/dia

**47. Tem alterações do sono:**

a) [0] Não    [1] Sim,

b) N.º horas de sono em média: [ \_ ]/dia

**48. HAQ5 (aplicar se necessário)**

a) A [ \_ \_ \_ ]    b) D [ \_ \_ \_ ]

**49. Pratica actividade física de 30-60 min/sem:**

[1] &lt; 1/semana: \_\_\_\_\_

[2] 1-2/semana: \_\_\_\_\_

[3] 3-4/semana: \_\_\_\_\_

[4] ≥ 5/semana: \_\_\_\_\_

**50. Tem alguma actividade lúdica:**

[0] Não    [1] Sim, \_\_\_\_\_



## ANTECEDENTES PESSOAIS

## 51. Patologias:

- ☐ 0] nenhuma ☐ 1] HTA ☐ 2] Diabetes ☐ 3] Dislipidemia  
☐ 4] Anorexia/bulimia ☐ 5] S. Depressivo ☐ 6] Psicose ☐ 7] TCE  
☐ 8] Dç Respiratória, \_\_\_\_\_ ☐ 9] Dç cardiovascular, \_\_\_\_\_  
☐ 10] Dç oncológica, \_\_\_\_\_ ☐ 11] Epilepsia/convulsões  
☐ 12] Alcoolismo/toxicodependências ☐ 13] Dç Hepáticas, \_\_\_\_\_  
☐ 15] Alergia medicamen, \_\_\_\_\_ ☐ 14] Dç. Renal, \_\_\_\_\_  
☐ 16] Outra, \_\_\_\_\_

Notas:

## 52. Antecedentes Cirúrgicos:

- a) Cirurgias prévias: ☐ 0] não ☐ 1] sim; \_\_\_\_\_  
 b) Tempo máximo de internamento: [ \_ ] dias/mês/ano;  
 c) Fumou? ☐ 0] sim ☐ 1] não d) Fez algum tratamento? ☐ 0] não ☐ 1] sim \_\_\_\_\_

## 53. Antecedentes Obstétricos:

- a) Gravidezes anteriores: ☐ 0] não ☐ 1] sim; N° [ \_ ]  
 b) Fumou nas gravidezes? ☐ 0] não ☐ 1] sim, em todas ☐ 2] sim, em algumas  
 c) Amamentou? ☐ 0] não ☐ 1] sim d) Fumou durante a amamentação? ☐ 0] não ☐ 1] sim  
 e) Toma Anticoncepcional oral? ☐ 0] não ☐ 1] sim, \_\_\_\_\_

## 54. Terapêutica em curso: (nome, dose, frequência)

- ☐ 0] nenhuma ☐ 7] Anticonvulsivos, \_\_\_\_\_  
☐ 1] xaninas, \_\_\_\_\_ ☐ 8] Inibidores da MAO, \_\_\_\_\_  
☐ 2] corticosteróides, \_\_\_\_\_ ☐ 9] Antihistamínicos, \_\_\_\_\_  
☐ 3] insulina, \_\_\_\_\_ ☐ 10] Antidepressivos, \_\_\_\_\_  
☐ 4] Antidiabéticos orais, \_\_\_\_\_ ☐ 11] Benzodiazepinas, \_\_\_\_\_  
☐ 5] Tramadol, \_\_\_\_\_ ☐ 12] Hipnóticos, \_\_\_\_\_  
☐ 6] Quinolonas, \_\_\_\_\_ ☐ 13] Outro, \_\_\_\_\_

Notas:

## ANTECEDENTES FAMILIARES

55. Familiar	Patologia	Consumo tabaco
a)		<input type="checkbox"/> 0] Não <input type="checkbox"/> 1] Sim, N°cig/d [ _ ] <input type="checkbox"/> 2] Ex-Fum
b)		<input type="checkbox"/> 0] Não <input type="checkbox"/> 1] Sim, N°cig/d [ _ ] <input type="checkbox"/> 2] Ex
c)		<input type="checkbox"/> 0] Não <input type="checkbox"/> 1] Sim, N°cig/d [ _ ] <input type="checkbox"/> 2] Ex
d)		<input type="checkbox"/> 0] Não <input type="checkbox"/> 1] Sim, N°cig/d [ _ ] <input type="checkbox"/> 2] Ex
e)		<input type="checkbox"/> 0] Não <input type="checkbox"/> 1] Sim, N°cig/d [ _ ] <input type="checkbox"/> 2] Ex

EXAME OBJECTIVO		
56. AC	58. TA: [ ] [ ] [ ] mmHg	
57. AP	59. P: [ ] KG Altura: [ ] [ ]	
62.	60. IMC: [ ] [ ] 61. PA: [ ] [ ]	
EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNOSTICO		
Exame	Data	Resultado
63. CO		
64. Espirometria		
65. E.C.G.		
66. Rx Tórax		
67. Análises		
68. outra		

AVALIAÇÃO (Fev.19)		
N.º cig/dia: [ ] [ ] [ ]	PA: [ ] [ ] [ ]	Motivação: [ ] [ ] [ ]
Dependência: [ ] [ ] [ ]	Audi: [ ] [ ] [ ]	HADS: A [ ] [ ] D [ ] [ ]
Apoio social		



## PLANO DE ACÇÃO

## 69. Objectivo:

[a] Cessação - Dia D:   /  /  [1] Redução - para quanto?    [cig/d] Horizonte temporal: de    até   

## 70. Tratamento farmacológico: [0] não [1] sim

Qual	Nome Comer.	Dose/dia	Início	Fim
[a] TSN: gomas/pastilhas			<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
[b] TSN: transdérmicos 24h			<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
[c] TSN: transdérmicos 16h			<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
[d] Bupropiona			<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
[e] Varenicline			<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
[f]			<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
[g]			<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
[h]			<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>

## 71. Tratamento Multicomponentes: [0] não [1] sim

Qual (em anexo)	Confeitos
[a] Redução gradual	
[b] Auto-registos	
[c] Alterações de hábitos e rotinas	
[d] Relaxamento	
[e] Resolução de problemas	
[f] Prevenção de recaídas	
[g]	

## 72. Material Informativo/relaxante: [0] não [1] sim

[a] Motivos para deixar de fumar	[e] Exercícios de relaxamento
[b] Regras para deixar de fumar	[f] Evitar a recaída
[c] 15 passos para deixar de fumar	[g]
[d] Lidar com a abstinência	[h]

## 73. Próxima consulta:

a) Data: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
b) Objectivo: <u>  </u>
c) Apoio da Equipa de Saúde: <u>  </u>



## CONSULTAS DE SEGUIMENTO

<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Contacto não presente	
Preenchimento (nome): _____ (N.º cédula): _____	
Consulta N.º: _____ Data: ____/____/____	abstinente: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Nome: _____ Nº UI: _____	
Fuma? <input type="checkbox"/> não (s/ abstin completa) <input type="checkbox"/> não (s/ abstin completa) <input type="checkbox"/> sim	
Dias de paragem total: _____	Tentou parar? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Dia D: ____/____/____	Dias de paragem total: _____
Data recada*/consumo: ____/____/____	Data recada*/consumo: ____/____/____
Motivo: _____	Motivo: _____
Abstinente há: _____	Abstinente há: _____
Nº cigarros/dia: _____	Nº cigarros/dia: _____
Motivação para parar: _____	Motivação para parar: _____
Dia D: ____/____/____	Dia D: ____/____/____
Sintomas que tem sentido nos últimos 8-15 dias:	
<input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> irritabilidade, impaciência	<input type="checkbox"/> aumento da apetite <input type="checkbox"/> nervosismo, agitação <input type="checkbox"/> tristeza
<input type="checkbox"/> perturbação sono <input type="checkbox"/> dificuldade de concentração... <input type="checkbox"/> desejo intenso de fumar	<input type="checkbox"/> obstipação <input type="checkbox"/> outro: _____
Tratamento:	
<input type="checkbox"/> Farmacológico: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não farmacológico: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Avaliação:	
CO: ____ ppm	Peso: ____ Kg (aumento ____ Kg)
TA: ____/____ mmHg	Audit: ____
IMC: ____	PA: ____
HADS: A ____ D ____	AC
AP	
Observações:	
Próxima consulta:	
Data: ____/____/____	
Objectivo:	

\*abrir novo processo

## **Anexo 2**

Teste de Fagerstrom

## TESTE FAGERSTRÖM

	PERGUNTAS	RESPOSTAS	PONTOS
1	Quanto tempo depois de acordar, fuma o primeiro cigarro?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na Primeira 1/2 h</li> <li>• Após a primeira 1/2 h</li> </ul>	1 0
2	Considera que lhe é difícil conseguir não fumar em locais onde é proibido? (Ex: Igreja, cinema, bibliotecas, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>	1 0
3	Qual o cigarro que mais lhe custaria deixar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O primeiro da manhã</li> <li>• Qualquer outro</li> </ul>	1 0
4	Quantos cigarros fuma por dia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 ou menos</li> <li>• 16-25</li> <li>• 26 ou mais</li> </ul>	0 1 2
5	Fuma mais durante as primeiras horas da manhã, que no resto do dia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>	1 0
6	Mesmo quando está doente de cama, fuma?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>	1 0

Total de pontos   

### Grau de dependência:

- De 0 a 2 pontos: fumador não ou pouco dependente da nicotina.
- 3, 4 pontos: dependente.
- 5, 6 pontos: fortemente dependente.
- Mais que 6 pontos: muito fortemente dependente.

### **Anexo 3**

Teste de Richmond



## TESTE DE RICHMOND

### Avaliação da Motivação para Deixar de Fumar

PERGUNTAS	RESPOSTAS	PONTOS
1 Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não</li> <li>• Sim</li> </ul>	<div>0</div> <div>1</div>
2 Tem realmente vontade de deixar de fumar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhuma</li> <li>• Pouca</li> <li>• Alguma</li> <li>• Muita</li> </ul>	<div>0</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>
3 Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas 2 semanas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não acredito</li> <li>• Talvez</li> <li>• Provavelmente</li> <li>• De certeza</li> </ul>	<div>0</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>
4 Pensa que será ex-fumador / a dentro de 6 meses?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difícilmente</li> <li>• Pode ser</li> <li>• Provavelmente</li> <li>• De certeza</li> </ul>	<div>0</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>

Grau de dependência:

Total de pontos

--	--	--

- De 0 a 5 pontos: Motivação Fraca
- De 6 a 8 pontos: Motivação Média
- Mais de 8 pontos: Motivação Forte